

DIRECCION GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA - DEPARTAMENTO DE FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

San Miguel de Tucumán,

AL DEPARTAMENTO FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTE

EL/LA QUE SUCRIBE.....

EN SU CARÁCTER DE:.....

DEL ESTABLECIMIENTO:.....

SITO EN:.....

DIRECTOR RESPONSABLE.....MP.....

TELÉFONO/CELULAR:.....

DECLARO, EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, QUE EL DOMICILIO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIONES Y LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON VERÍDICOS, ASUMIENDO LA OBLIGATORIEDAD DE INFORMAR A ESTA REPARTICIÓN -POR MEDIO FEHACIENTE-TODO EVENTUAL CAMBIO DEL MISMO, DENTRO DEL PLAZO MÁXIMO DE 48 HS DE PRODUCIDO. EN CASO CONTRARIO, ENTIENDO Y ACEPTO QUE TENDRÁ VALIDEZ LEGAL EL DECLARADO EN LA PRESENTE.

.....@.....@.....

CUIL/CUIT:

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN (Alternativo al email)

SE DIRIJE A UD. A FIN DE SOLICITAR: HABILITACION /AUTORIZACION ☐ REHABILITACION ☐ ALTA/BAJA ☐ OTROS ☐

Especifique **Tipo Establecimiento/Móvil**:

En caso de REHABILITACIÓN ¿Hay CAMBIOS respecto a lo Habilitado? NO ☐ SI ☐

Si hay cambios adjunte en nota aparte los cambios efectuados

MARQUE LO QUE CORRESPONDE:

☐ **NO** cuento con estos equipos

☐	EQUIPO
☐	Rx (cualquier uso) /Mamografía/ TC (Tomografía Computada) / Angiografía/ Medicina Nuclear / Radioterapia
☐	Láser / Luz Pulsada
☐	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
☐	Ecografía / Ultrasonidos

SE GENERA RESIDUOS PATOGENICOS SI ☐ NO ☐

FIRMA Y SELLO

LA PRESENTE SOLICITUD ENCUADRA AL ESTABLECIMIENTO MENCIONADO ANTERIORMENTE DENTRO DE LA CLASIFICACION DE ESTABLECIMIENTO PARA LA SALUD PARA EL ARANCELAMIENTO COMO:

NIVEL.....

ES \$